

# Anamnesebogen

Name : \_\_\_\_\_

Vorname : \_\_\_\_\_

Anschrift : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Gewicht und Größe: \_\_\_\_\_

Ich möchte den Hausarzt wechseln, mein bisheriger Hausarzt war: \_\_\_\_\_

## **Berufs- und Lebenssituation:**

Beruf : \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung : \_\_\_\_\_

Pflegestufe : \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder?! nein! ja: \_\_\_\_\_ / Geburtsjahr(e) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?! nein! ja, \_\_\_\_\_ Zig. am Tag / seit wann? \_\_\_\_\_ / Nichtraucher seit \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?! nein! gelegentlich! regelmäßig, wieviel/Tag \_\_\_\_\_

## **Welche Erkrankungen sind in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister, Onkel, Tante) bekannt?**

(*Bsp.: Erkrankung : \_\_\_\_\_ Darmkrebs \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_ Opa \_\_\_\_\_, in welchem Alter \_\_\_\_\_ 65 \_\_\_\_\_*)

Erkrankung : \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_, in welchem Alter \_\_\_\_\_

Erkrankung : \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_, in welchem Alter \_\_\_\_\_

Erkrankung : \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_, in welchem Alter \_\_\_\_\_

## **Darm oder Magenspiegelung bei Ihnen:**

Letzte Darmspiegelung

Datum: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

Letzte Magenspiegelung

Datum: \_\_\_\_\_ Befund: \_\_\_\_\_

**Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt? (Wenn Ja, Welche?)**

(Bsp.: Diabetes, Bluthochdruck, Cholesterin zu hoch, Rheuma, Herzinfarkt, Asthma, COPD, chron. Schmerzen, Blutgerinnungsstörung, Leber- oder Nierenerkrankungen, etc.)

**Hier bitte angeben:**

**Haben Sie eine Allergie?** \_\_\_\_\_ Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Welche Operationen/Untersuchungen/Krankenhausaufenthalte hatten Sie?**

**Bitte notieren Sie alle Krankenhausaufenthalte, Operationen, Therapien, Kuren:**

**Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein (oder Medikationsplan vorlegen)?**

Bitte geben Sie hier alle Medikamente/Salben/Tropfen an, auch wenn sie nicht verschreibungspflichtig sind!

| Medikamente        | Dosierung | Häufigkeit | Seit wann         |
|--------------------|-----------|------------|-------------------|
| Beispiel: Ramipril | 5 mg      | 1-1-1      | seit Oktober 2010 |
|                    |           |            |                   |
|                    |           |            |                   |
|                    |           |            |                   |

**-> Versäumte Termine**

Leider kommt es immer wieder vor, dass Termine wiederholt unentschuldigt versäumt werden. Da wir teilweise sehr lange Vorlaufzeiten für Termine haben, empfinde ich dies gegenüber den anderen Patienten, die auf einen Termin warten als unfair. Ich möchte Sie daher dringend bitten, bei Verhinderung Termine möglichst zwei Werktage vorher oder auch in Ausnahmefällen (zum Beispiel bei akuter Krankheit) am gleichen Tag abzusagen. **Unentschuldigt versäumte Termine werde ich** Ihnen künftig mit 21,44 € (GOÄ Ziff. 1., Ziff. 5 je Faktor 2,3) = € 10,72 € x2 = € 21,44 € ) zuzüglicher Ärztlicher Mitteilung (GOÄ 70 mit Faktor 2,3 = 5,36 €, zzgl. Portogebühren 0,70 € = insg. **27,50 € in Rechnung stellen**. Mit der auf der Homepage hinterlegten Terminregelung und hier dargestellten Kostenregelung bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_